

## いわゆる「脳死・臓器移植」を超えて

村 岡 潔

### 〔抄 録〕

臓器移植法改定以降、臓器移植の新たなかたちが展開しつつある。本稿では、医学哲学・医療倫理の視点から、特に下記の2点に限って、この事態の文化的解剖（アナトミー）を試みた。

- A) 患者本人の意思が不確かな（書面で明示されていない）のに、その家族が推定だけで患者の死の判定作業に同意し臓器を供出することにはどのような問題が含まれているか。
- B) 臓器移植法は「脳死状態」を人の死と見なして臓器の収穫を行なうが、その前提となる「脳死状態」の実態（リアリティ）は一般市民、特に家族に十分理解され納得された上でのことなのか。

これらのどちらも患者の自己決定に抵触する問題点をはらんでいる。すなわち、A) には、今回の法改定が、臓器提供を家族の同意（意思決定）だけで患者を「死につながる脳死判定に持ち込み」、そのほとんどが臓器の摘出にいたらしめる点で、患者本人の基本的人権の侵害になる危険性がある。また、B) では、意思表示カードに「臓器提供」の意思を表示している人を含めた問題であるが、もし当事者が、自分では「脳死状態」について熟知せず実感（リアリティ）のないまま「臓器提供」に同意したのであれば、それは自由意志による同意だとは決して言えないと思われるから。これらを、脳死概念に関わる基本的問題に言及しつつ、考察した。

キーワード：脳死状態、臓器移植法、自己決定、家族による代理決定、自律

### 1. はじめに ～何が問題か

いわゆる「改定臓器移植法」施行（2010年7月17日）後、9月末までに14人が脳死判定後のドナー（臓器提供者）となった。特に、このうちの12人が書面での承諾は全くしておらず、家族による「推定的同意」のみを根拠に、以前は不可能だった操作的手続きで「脳死判定」が行なわれ、臓器が摘出（「収穫 harvest」）され、臓器待機中の患者に移植された<sup>(1)</sup>。

1997年施行の、改定前の法律、「臓器の移植に関する法律（以下、「臓器移植法」）」では、「脳死状態」になった患者から、三徴候死（従来の死の判定基準<sup>(2)</sup>）以前に、臓器を収穫するには厳格な規定、すなわち「本人の書面による臓器提供の意思表示（事前指示）」が不可欠であった。それが改定後の法律（以下、「改定臓器移植法」）では、臓器提供に同意不同意の意思を示す脳死患者本人の書面がなく、そのため提供の意思が不明の場合でも、脳死判定や臓器収穫が可能になった。また、15歳未満〔生後12週未満の者を除く〕の場合でも、同様に、家族の承諾を取り付ければ臓器収穫が可能になった。また、親族への優先的な臓器提供の要望も認められた（官報、2009；厚生労働省令、2010）<sup>(3)</sup>。

移植推進派がこうした新たな動向において色めきたっている気持は理解できないでもないが、医療倫理の視点から、ここで原点に立ち返って、この事態の文化的解剖（アナトミー）を試みる必要があると思われる。本稿では、紙面の都合で、下記の2点に限って考察しておきたい。

- A) 患者本人の意思が不確かな（書面で明示されていない）のに、その家族が推定だけで患者の死の判定作業に同意し臓器を供出することにはどのような問題が含まれているか。
- B) 臓器移植法は「脳死状態」を人の死と見なして臓器の収穫を行なうが、その前提となる「脳死状態」の実態（リアリティ）は一般市民、特に家族に十分理解され納得された上でのことなのか。

これらのどちらも患者の自己決定に抵触する問題点をはらんでいる。すなわち、A) には、今回の法改定が、臓器提供を家族の同意（意思決定）だけで患者を「死につながる脳死判定に持ち込み」、そのほとんどが臓器の摘出にいたらしめる点で、患者本人の基本的人権の侵害にならないかという論点が含まれる。また、B) では、意思表示カード（いわゆる「ドナーカード」）に「臓器提供」の意思を表示している人を含めた問題である。近年、移植推進者やマスメディア、あるいは、医療倫理学や医療社会学の研究者の一部には、まるで「脳死は人の死」という問題がすでに解決済みであるかのように記述する傾向があるように筆者には思われる。しかし、そうした表現を鵜呑みにして、自分では「脳死状態」について実感のないまま「臓器提供」に同意したのであれば、それは十二分熟知した上での同意（インフォームド・コンセント）だとは決して言えないからである。最後にこれまで行われた「脳死・臓器移植」を市民の側から評価し、脳死概念についての再考の必要性を付記しておきたい。

## 2. 家族による代理同意方式の意味と問題

臓器移植法の出発点は、1990年に総理府に設置された「脳死臨調」の答申「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」（1992年）に始まる（厚生省保健医療局臓器移植法研究会、1999：17）。答申の提言「臓器移植は、法律がなければ実施できない性質のものではないが、腎臓に加えて心臓、肝臓等の移植を行っていくためには、包括的な臓器移植法（仮称）を制定

することにより、臓器移植関係の法制の整備を図ることが望ましい」を根拠に「脳死を含む死亡の確定」、臓器売買の禁止、本人の意思を尊重した臓器提供の承諾（太字、下線は筆者）等を規定していく法制化の路線が推進された。

1996年12月の第139国会では、「脳死は人の死」を前提とする「中山案」と、それを前提としない「金田案（衆院）・猪熊案（参院）」とが審議され、最終的に、本人が脳死判定を行うということ及び臓器提供を行うことについて同意（太字、下線は筆者）し、かつ家族もそれらを拒まない場合にのみ「脳死を人の死」とする「関根案」が採択され、1997年6月17日、衆参両院の可決で臓器移植法が成立した。（厚生省保健医療局臓器移植法研究会、1999：23-26；中島、2000：39-63, 76-110）

日本弁護士連合会は、その後、「臓器移植法の見直しに関する意見書」を発表した（日本弁護士連合会、2002）。要点は1）臓器移植法が「脳死を人の死とする」社会的合意なしに制定された以上<sup>(4)</sup>、自己決定できる者だけが臓器提供できるとする大前提は今後も貫くべきで、小児や事前の臓器提供拒否の意思表示が確認できない者からの臓器摘出・移植を認めるべきではない。自己決定の原則を無視した脳死臓器移植の推進は、生命、自由及び幸福追求権（憲法13条）や思想良心の自由（憲法19条）に反する（太字、下線は筆者）；2）臓器移植先の指定を認めることは公平性の原則からはずれる；3）移植医療への信頼構築のためには一定の情報公開が不可欠である；4）実施例で起こった脳死判定手続上のミス続発や無呼吸テストの危険性について事態を早急に改め、現行法の定義に合致する厳格な判定基準とすべきである；及び、5）中立公正な第三者による検証機関を設けるべきことである。

2005年から再び法改正の動きが始まったが、日弁連の意見書の提言はまったく顧みられず、見直しが無いまま、2009年7月、臓器移植法が急ぎ改定された。それを後押しした一つには、改定によって国内での臓器収獲率を高めることで、各国国内で臓器調達を満たすよう推奨する、国際移植学会の「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」（2008年5月2日）などのような「移植ツーリズム」批判をかわすねらいもあったように思われる。

その結果、2010年1月には、日弁連の提言2）に反する親族への優先的臓器提供が可能になり、7月、提言1）を無視した改定法が全面的に施行された。改定に賛同した国会議員は、脳死寸前状態までを含む重症意識障害の患者に、彼らが事前指示（書面で明示的に意思表示）をしていなくても家族の同意だけでその「脳死判定」（死の判定）を医療者に許可し、臓器摘出させることを合法とする法律が、日弁連の意見書が指摘するように、患者本人の人権侵害に相当することには思いが及ばなかったようだ。

こうした家族による代理同意の「脳死・臓器移植」スタイルは、しかしながら、脳死状態の患者からの臓器収獲の当初から存在したものである。たとえば、1968年わが国最初の札幌医大における心臓移植時にも、執刀した和田寿郎教授（当時）は、本邦初という一大事にもかかわらず院内でも秘密裏に心臓移植の準備を進めながら、ドナーとなる山口義政氏の両親からの

承諾で臓器収獲に踏み切っている。両親は、そのときのいきさつについて記者団の質問に次のように述べている（吉村昭，1971：165-166）。

「父—義政の心臓提供を頼まれた時、最初は反対しました。子どもについたものを取りたくなかった。しかし、[私たちが（筆者、補遺）]手術室に連れて行かれて大勢の先生が一生懸命に義政を助けようとしていたのを見た時、こんなにやってくれたのにダメだったかと思い、和田先生に説得されて提供する気になった。」

「母—初めはいくら先生や主人にいわれても、ダメだと断りました。でも義政の心臓が機械の力だけで動いていることがわかったし、人工心肺を使ったため心臓が見えていたの……。先生たちの懸命な姿を見てやはり気が変わりました。」

このように、家族の大多数が「病院でお世話になった」といった負い目等を医療者に感じながら、「もう助からない状態」と言われ、かわりに臓器提供という「人助け」を請われ「脳死判定」の同意を短時間に求められた場合、家族に冷静な判断が望めるかという疑問が現在もある。

しかも、意識回復のため称して、その専門分野でもない胸部外科が、意識回復の装置とは無縁の「人工心肺」を使用するという不適切な事実があるにもかかわらず<sup>(4)</sup>、そのことは伏せられて全く知らされてなかった状態で、両親は「こんなにしてくれた」と恩義を感じていたのである。虚偽の説明を受けてなされた意思決定は、無効であるほかない。

また、臓器移植法改定後、移植コーディネーターがドナー候補の家族と関わり承諾にいたるまでの時間は、改定前の平均9・7時間（最長46時間）から、改定後は平均18・4時間（最長77時間）と約二倍に伸びている（朝日新聞2010b）。コーディネーターは臓器獲得に必死なのだろうが、このように「長時間」説得されることは「（コーディネーターが）一生懸命な様子」に面と向かってなかなか断りにくいというプレッシャーを生むことにもなりかねまい。

ここにある根源的な問題としては、二重の不確定性的問題とでも言うべきものである。すなわち、第一に、当の「脳死状態と患者」による「脳死判定許可」と「臓器提供の許諾」の意思が不明（事前指示がないこと）で不確定であること。第二に、代理承諾する家族の決定が、治療に「恩義」を感じて行なう場合など、決して自律的な決定とは言えまい。つまり、「改定臓器移植法」が家族の代理決定だけで人間のドナー化を可能にしたことは、二重の不確定性というあいまいさをたくみに利用したものといえるだろう。

ここで考えておくべきは、たとえ身内だとしても、そもそも家族に、他者を死亡判定させたり臓器提供者にさせるプロセスに至らしめる権限、端的に言えば、死亡を判断する権能があるのだろうかという疑問である。こうした問題に触れて、米国のA・E・ウォーカーは、次のように述べている（ウォーカー，1987：132-134）。すなわち、法的には、医師は死の宣告を行なう義務があるが、脳死状態のような場合、医療過誤訴訟をおそれ、問題となりそうな死亡宣告はしたがらず、一部の病院では、人工呼吸器のスイッチを切る前に家族の同意を求めている

る。しかし、これは適切なやり方ではない。なぜなら、家族の者は死を決定する立場にない (太字、下線は筆者) からである、と。それは言うまでもなく、近代では医師のみの業務である。

筆者が、以前、医学生 193 名に行なった「脳死状態」に対する意識調査 (村岡潔, 1993 : 162-184) では、脳死状態を個体の死と見なすかについては、一般論としては 62% がそう認めていた。にもかかわらず、具体的な脳死状態の少年の事例については、直ちに人工呼吸器を止めるという意見は 16% に過ぎず、過半数の 69% が「家族の意向に沿うべき」としていた (「心停止まで治療継続すべし」は 10%)。もっとも、このように家族に判断を委ねる方式は、一般論としては、日本のように、患者と家族が一つの共同体的ユニットを形成していて、そのユニットの代弁者が患者の医療方針の決定を行なう傾向がある社会に特徴的かとも思われる。しかし、移植が盛んなベルギー、フランス、スペインなどでも、実際には家族の意思が尋ねられるという (福田八寿絵, 2010 : 120-128) ことから、一概にそうも言い切れない。

この家族決定方式は、依然、関係する医療者にとって「脳死」を人の死とする問題も完全に決着したものではなく、脳死・臓器移植という医療形態は医療として確信が持てないゆえに、多くの実質的問題や訴訟問題などを回避するための家族への「責任転嫁」と受け止めることができよう。しかし、家族の中には、急場の判断で患者をドナーにしてしまったことを後悔し、そのことを表明する人も現れている。たとえば、その一人佐藤凜さん [仮名] は、次のように指摘している (小松美彦, 市野川容孝, 田中智彦編, 2010 : 49-59)。

「家族が同意すれば移植できることになっているので、私のような家族の意思が臓器を摘出された人の意思だと、イコールで結び付けられがちだけれど、二つは全く別なんです。摘出の時点で本当に本人が臓器移植されてよいと考えていたのかは、今もってわからない。私の方が、どう思っていたのか本人にすごく聞きたいのです。……

「脳死や臓器移植について、多くの人が損得で考えているような気がします。脳死は死んでも同然で、だから誰も損しないし、臓器提供すれば得にもなると考える人がいるかもしれないけれど、脳死がどういう状態なのか、どれくらい感覚がないものなのか、ただ反射が残っているだけなのか等等は、誰も本当のところは知らない。医師がそう言うから、そうだということになっているけれど、医者だって自分が経験したわけではない。……

「がんで亡くなった家族のときは、スローな死で、……死の瞬間まで家族がそばにいられました。…息を引き取るのを見られなかったからかもしれないかもしれませんが、脳死の場合は、何か途中でプチッと切られた感じがしています。看取った、という感じがしません。……

「『同意することで、私が最終的に殺したのかもしれない』という思いが、私にはあります。……その意味は、本人が本当にそうしてほしかったかどうかわからないのに、最終的に私が代理で決めてしまったから、私が殺したとしか言いようがない、ということです。」

この事例で、患者本人は、ドナーカードで提供の意思を示していた。本人の意思が書面で明



示されていてもこうなることもあるのだから、いわんや、本人の意思が明示されていない場合、こうした家族の後悔は、代理承諾が増えるとともに増すことが懸念される。

このように患者本人の意思でドナー化を自己決定している場合でも、佐藤凜さんが述べているように「脳死状態」のことがよくわかっていないとしたら、その意思決定は、自律した自己決定として見なすことはできないであろう。次節では、この問題点について検討する。

### 3. 脳死状態のリアリティの問題について

1992年「脳死臨調」は、その答申で「脳死」[状態（筆者、補遺）]を社会的・法的に『人の死』とすることを「社会的に受容され合意されたとするためには、その事柄に正当性、説得性があることとともに、相当数の国民の賛成が必要であり、これら両者の均衡の上に立って判断されるべき」としながらも、「脳死臨調」による「各界の有識者」の意識調査（1990年）で、賛成が65.1%、反対が15.3%だったこと、及び「一般国民」の意識調査（1991年）で、賛成が44.6%、反対が24.5%であったことを挙げて「脳死をもって人の死とすることについては概ね社会的に受容され合意されている」と見なした（中山、1992：113-130）。

これらの数値から「社会的に受容された」とは断定できないのに、本人が脳死判定を行うということ及び臓器提供を行うことについて同意し、かつ家族もそれらを拒まない場合にのみ「脳死を人の死」とする「臓器の移植に関する法律案」が採択され、1997年6月17日、衆参両院で「臓器移植法」が可決成立した（厚生省保健医療局臓器移植法研究会、1999：23-26；中島、2000：39-63, 76-110）。その際、脳死判定は、脳低温療法を含めあらゆる医療を施した後に行われるものであり、判定が臓器確保のために安易に行われるとの不信を招かないように努めることなどの附帯決議がなされた（厚生省保健医療局臓器移植法研究会、1999：26-27）。しかし、法制定後の厚生省は、この附帯決議を黙殺し、「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」（厚生省保健医療局、1997）では、脳死判定以前に脳低温療法はしなくてもよいものとした。2009年の法改定でもこのことは踏襲されている。しかし、法治国家であるなら、国会の附帯決議を遵守し、少なくとも脳死に至るまできちんと患者の治療を行なったという証に、「脳死判定前には、脳低温療法を行なうことを原則とする」と指針に記すべきであった。

ところで、脳低温療法は、厳密には、脳死に陥った人ではなく「脳死寸前の人」（これまでの治療法では脳死になるのが避けられないような患者）を対象とする治療法である（NHK 林勝彦 & 人体プロジェクト、1997：218-224）。「脳死＝人の死＝治療不能」という医学界のレジェンドの下ではそう表現するのが無難なのであろうか、この療法では「蘇生限界点」を限りなく「脳死」に近づけるといった言い方にならざるをえないようだ。臨床的には、患者が「脳死状態」というとき、その患者は限りなく「死に近い」状態であるというイメージを家族にも

医療者にも与えている。しかし、臨床的に脳死状態とみなされても脳死判定を行わない限り「脳死」ではないのだから、全て治療対象の「脳死寸前の人」となるはずである。

それに対して、脳死寸前の人に対してシンボリック治療と見なせる「脳低温療法」をしなくてもよいとする（適用がない場合があるとしても）、医療行政（厚労省）の姿勢は、臓器不足に対処するためには、脳死状態寸前のような重度の意識障害の治療研究を推進するものではなく、むしろ、そういった患者の治療はほどほどに示唆しているような不信感を与えるものになる。

また、こうした医療行政の姿勢は、脳死状態になりうる重度意識障害の患者を受け持つ（特に、脳外科病棟や医や救命救急センターで勤務する）医療者にもジレンマを与えるものになる。たとえば、最近の意識障害学会の発表でも、高いエビデンスを示すとされる脳低温療法に対する、改定移植法のガイドラインでこうしたぞんざいな扱いは救急医療の現場に不安や負担を与えるものとして異議が出されている（第19回 日本意識障害学会事務局，2010：127）。また、篠原も、脳低温療法の医療思想としての考え方に注目し、一旦、脳死状態と判定された場合、「本人の意思」や「家族の願い」で脳低温療法の中断や撤退、あるいは継続や徹底が決められるなら、この療法は「生と死の選別に合理的に関わるもの」になる可能性を指摘する（篠原，2001：116-124）。

さらに、臨床で患者が脳死状態だと判断する場合、あるいは、その上で死と定めるために、脳死判定する場合に関しても、中島は、脳外科医や救急医等に対する取材を通じて、その判断の難しさやバラツキがあることを指摘している（中島みち，1990：210-227）。たとえば、脳死判定基準を定めた厚生省の「脳死に関する研究班」班長の竹内一夫が「脳死判定はすべての医師が正しくできる」と一つの理屈で豪語するのとは裏腹に、現場から「脳死判定基準を満たしていても、体温調節といい、内分泌調節といい、必ずしもまったく破壊されているものでもない。判定基準は経験則でしかなく、科学的に脳が完全に死んだとする証拠はない」と述べる、筑波大学病院の腓臓腎臓同時移植（1984年）の際、同大救急部講師でもあった、臨床医の近藤孝の発言も紹介している。一般の読者のために補足しておく、きちんとした脳死判定は、臨床で意識障害患者の治療経験をつんだ現役の（脳外科医、救急医、神経内科、小児科等の限られた）医師を除けば、おそらく不可能である。医学生や研修医でも、「脳死判定マニュアル」に従えば出来そうなものだが、その一つ一つの反射や症状の判断や評価に臨床経験がかかっているからで、これは、他の科で経験をつんだ医師でも同じことだ（脳外科医に移植の臨床がわからないのと同様、脳外科の経験がない移植医には脳死判定は技術的に出来ないのが一般なのである）。

ところで、少なからぬ人が、アンケートなどで「脳死は人の死」の問いに賛否で答え、あるいは「意思表示カード」に脳死になったときに臓器提供するかどうかに答えることをしている。そのとき回答者は、心停止が起り「三徴候」が確認されて死と判定される、いわゆる「心臓死」とちがって、「脳死状態」に対して具体的にイメージすること、リアリティを持つことが

できているのだろうか。もし出来ていないとすれば、たとえば「脳死になったときに臓器提供すること」に同意するといったような決定は、医療倫理的には決して自律的な判断とは言えないことになるからである。ここでは、自己決定とは、単に「自分で判断したこと」だけを意味するのではなく、自律的であることが要請されている。つまり、他者からの強制、圧力下で、あるいは虚偽の情報を真に受けたり（たとえば、「嘘の儲け話に乗って大金をつぎ込む」決定をすること）、考えなしに世間体や大勢に迎合している場合は、形式的には自分で決めた形をとったとしても、それは他者や周りから影響を強く受けているので、決して自律的な自己決定とは言えない。

通常の三徴候死の場面であれば、一般的に死者がどのような状態であるかイメージし、リアリティを持つことは成人には難しくないはずだが、「見えない死（中島みち）」と呼ばれる「脳死状態」についてはどうなのであろうか。もし、そのイメージが不十分なものであれば、意思表示カードに「脳死状態」＝「人の死」という前提で「臓器提供」に同意するという行為は、十分納得し理解した上での「自律的な自己決定」とはとても言えないからである（他方、提供を拒否する場合、熟知した上での拒否は自律的であるし、よくわからないからという理由で拒否することも自律的であることは損なわない）。

このことに関して、筆者らは、2003年、大学医学部各教室の医療者（医師・研究者）88名、医学生97名、および大学病院の外来患者（家族含む）83名に意識調査を行なった（村岡、他、2004）。その前年、唐沢は「脳死状態とはすべて〔の生理的活動あるいは生命活動（筆者、補遺）〕が失われている状態ではなく、いくつかの機能は残存している。とくに脊髄の機能は残存しておりさまざまな生理現象は存在することになる」と指摘し、具体的な生理現象を挙げている（唐沢秀治、2002：1-6）。本調査では、主にその生理現象について質問したものである。

その結果、医療者、医学生、患者群、それぞれ順に85.4%、57.7% および51.7%が「脳死」を死の定義に加えていたにも関わらず、日本の脳死状態で（すべてが各脳死状態に現れるという意味ではないが）観ることがありうる生理現象あるいは生命現象（脊髄反射、瞳孔変化、涙・唾液分泌、皮膚温・色調変化、鳥肌、心拍血圧変動、消化吸収、免疫機能、心肺雑音、四肢の微動）についてありうると認識していた割合は以下のとおりになった（同じく、医療者、医学生、患者群の順）；脊髄反射（53.4%, 53.6%, 19.3%）、瞳孔の変化（15.9%, 30.2%, 22.9%）、涙・唾液の分泌（39.8%, 41%, 15.7%）、皮膚温・色調の変化（45.5%, 37%, 30.1%）、鳥肌が立つ（30.7%, 10.8%, 8.4%）、心拍・血圧の変動（31.8%, 25.8%, 16.9%）、消化吸収（51.1%, 26.5%, 20.5%）、免疫機能（62.5%, 45.7%, 41%）、心肺の雑音（53.4%, 43.1%, 31.3%）、四肢微動（30%, 40.3%, 12%）で、これらの認知度を平均すると医療者41.4%、医学生35.4%、患者21.8%であった<sup>(5)</sup>。

このように大学医学部の医療者といえども少数の専門家（脳外科医や救急医）を除けば、「脳死状態」を臨床的にイメージすることはなかなか難しいし、医学生や患者の脳死の生理に



関する認知度（リアリティ）はさらに低かった。これは一大学医学部の一調査だが、脳死状態に対する市民の意識の一端を推測することは出来よう。法改定がなされた今後、意思表示カードに臓器提供の可否を個々人が書くことを要請されることになる（任意だが自動車免許証ですすでに実施）可能性が高い。このときに、「脳死状態」の実態のイメージが不十分なまま「脳死＝人の死」と一律に規定し、臓器提供の可否を迫ることは、果たして、虚偽や多数意見に惑わされることなく物事を熟知した上での自律した自己決定を「国民」に保障するものだとはいえてまい。

#### 4. おわりに ～「脳死・臓器移植」を超えて

以上、本稿では、主に自律的な自己決定という観点から、改定臓器移植法を期に導入された「家族の代理決定方式」のかかえる問題点、ならびに、「見えない死」としての「脳死」に関する熟知や実態感（リアリティ）のないまま自己決定と称して意思表示を迫られることの問題点について検討した（今後は、「脳死」や「臓器移植」に関心がない人まで免許証裏の意思表示などで関心を持つことを強要されようとしているが、このことの問題の検討は本稿では割愛した）。

ところで、米国は「脳死臓器移植」先進国で日本は後進国のようなイメージが流布されているが、米国にも多様な考え方があり、一様ではない。たとえば、米国では、ドナー不足の原因は交通規制や銃規制の強化によるとする報告がある（米本，1988：54）一方で、ニュージャージー州の法律やニューヨーク州の保健省ガイドラインでは、言わば「脳死判定に対する良心的拒否」といって、仮に「脳死状態」においても、特に「宗教的理由」や「道徳的理由」から脳死判定を拒否することが出来るとされている（加藤穰，2010：29-37）。

法改定はなされたが、依然、「脳死・臓器移植」についても十分な情報公開がなされず、さらに重要な検証も十分に行なわれていないのが現状だ。1968年の札幌医大の心臓移植、1984年の筑波大学での脾臓腎臓同時移植、さらには臓器移植法制定後、第一例の1999年の高知赤十字病院の事例以降の連綿とした出来事を、市民の立場からみた日本移植医療史としてアセスメントし、総括することが必要であろう（医療行政も移植医療推進派も「個人情報」保護を盾に市民的レベルで必要と思われる十分な情報公開をしようとしないので）。たとえば、本邦の移植医療政策には、その先にバラ色の未来や勝算がどのくらいあるのか（「臓器移植によって本当に長生きできるのか」（小松美彦，市野川容孝，田中智彦編 2010：24-27）といった長期的展望についても市民には知る権利がある<sup>(6)</sup>）。

はたして「脳死は人の死」なのだろうか。三徴候死の場合と違い、依然、医師の間でも意見は分かれる。たとえば、脳死状態を人の死と認めない「臓器移植法“改悪”」に反対する医師声明運動の声明には105人の医師が名を連ねている（「臓器移植法“改悪”」に反対する医師声

明運動」事務局 2010)。はっきりしているのは、世界医師総会のシドニー宣言（1968年）に見られるように「臓器移植」医療を推進するために、当時の医療レベルで「脳死状態」は助からないものと判断して「脳死は人の死」としたことだ（その後の再検討を世界医師会はしていない）。

法改定がなされた今、「脳死・臓器移植医療」に関して、市民に課せられた重要な課題の一つは、この間の「脳低温療法の開発」や「長期脳死の発見」にみられるように、いまだに未知の部分が多々ある「脳死」という概念を再考することである。「脳死」については、米国でも1990年代から再検討（向井，2002）が行われているという。法改定後、運用指針では従来どおり臓器提供の場合に限定するというが、「脳死は一律に死体」という規定は、字義通りに一人歩き始め、今後、臨床上、「脳死」状態で治療終了とされるケースが出てくる可能性があるからだ。

筆者は、必ずしも臓器移植そのものを否定するものではないが、移植用臓器を収穫するために「死体」とすればよいだろう、さすれば問題はないだろうという観点から、脳死状態などの重度の意識障害の患者を「死体」と見なしてドナー化すること自体に無理があるということである。実態はこの無理を政治的に「解決」しているに過ぎない。「脳死を死」としなないと臓器移植が出来ないかというところでもない。生体間の移植は、ドナーとレシピエントの双方が、本稿で述べてきたような自律した自己決定によって希望しあうのであれば、それは許容範囲の出来事と考えざるを得ない。いずれにしろ、物理的には生体から臓器を切りだすことは現象として同じなのだ。したがって、脳死状態になった人も、生きている人間として（事前に脳死状態のことを熟知した上での自律した自己決定に基づく）事前指示でドナーになること（その結果、臓器摘出によって死を迎えること）を承諾するのであれば、私見ではこれも許容範囲の出来事と言えよう。

このことは、脳死状態の患者が生きている存在として承認され、同時に治療継続が認められる（もう死んだも同然だから治療中止に同意しろと家族が迫られることが回避される）点に意義がある。言い換えれば、脳死状態の患者が意に反して「臓器移植」に巻き込まれないですむことになる。脳外科や救急医療では、元来、意識障害の患者の回復に努める使命があり、それは、移植外科の使命とは相容れない性格のものである（日本でも欧米並みに早期から臓器移植が行なわれていたら、脳低温療法などの脳外科的医療技術は開発されなかったかも知れない）。

また、私たちは、脳死・臓器移植という医療によらない代替医療（薬物治療、人工臓器、異種移植、再生医療、バチスタ手術など）の可能性についても追究していくべきであろう。本当に移植しかないのかどうなのか、移植待機患者を含む市民には知る権利があるだろう。この問題については、重要なので、別の機会に詳しく論じたい。

〔注〕

- (1) 法改定後の数は、毎日新聞 (2010年10月10日朝刊)、また、家族の承諾のみの臓器提供数は、朝日新聞 (2010年9月30日朝刊) による。
- (2) 死の判定を「三徴候死」で行なうのは慣例 (不文律) である。「脳死」という言葉が定着するに伴い「心臓死」なる言葉が「三徴候死」の代用として新作された。だが「三徴候死」の判定の姿勢は、「脳死」のように「判定基準」が揃う一刻を待ち構えて「はい、死亡!」と人の死を判定する性格のものではなく、元来、家族・周囲にその死の訪れが納得されている臨終の場で、患者の死を医療者と最終確認することが主眼で、いわばその人の死を厳かに告げる儀礼的性格のものである。

ちなみに、三徴候とは、呼吸の停止、心拍動の停止、両方の瞳孔が散大し (時間が経つと正常の大きさに戻ることもある)、対光反射消失 (光をあてても瞳が反応せず、小さくならないこと) を指す。瞳孔散大は瞳孔の直径が通常 5 mm あるいはそれ以上の時をいう (DeJong, 1979: 131)。瞳孔 4 mm は一般に正常範囲のはずなのに、脳死判定に使われる「竹内基準」では、なぜか瞳孔のサイズが 4 mm 以上となっている (竹内, 1987: 89)、(臓器移植制度研究会, 2001: 6)。

なお「徴候」は現に存在する「はっきりそれと分らせるしるし」を意味するので、「何かが起こる前ぶれ」をしめす「兆候」の語はふさわしくない。

- (3) 移植数増加を目標に法改定を推進してきた移植関係者や患者団体は、家族による「推定同意」の方式による臓器提供を移植医療の「新しい一歩」と謳っている (朝日新聞 2010a)。また、同趣旨の座談会「臓器移植法改正で医療現場はどう変わるのか」でも、この「臓器移植法改正」によって、具体的には脳死下臓器提供が年間 30 - 50 例ほど増加する見込みだと語られている (週間医学界新聞, 2010)。

ただし、従来、心停止直後の臓器提供者 (心停止後臓器提供 DCD (donation after cardiac death) となってきたケースが、法改定後、心停止以前に「脳死判定」後の臓器提供者に入れかわる可能性が高いとも考えられる。(倉持武, personal communication, 2010年9月6日)

- (4) 吉村によると、和田教授は、ドナーにした山口氏の死亡を 1968 年 8 月 7 日午後 10 時 10 分に三徴候で確認したと述べているが、奇怪なことに、札幌地検から鑑定を依頼された時実利彦教授 [当時] は提供された心電図から少なくとも 8 月 8 日午前 2 時 8 分までは心拍動があったと判定している。また、午前 2 時 30 分に山口氏から心臓摘出が行なわれ宮崎信夫氏に移植されたが、心臓摘出の 1 分前に山口氏に不整脈があらわれたという (吉村昭, 1971: 167-169)。

当時「脳死概念」が今日ほど明確ではなかったとしても、少なくとも、心停止直後の摘出であった確実な証拠はなく、脳死状態のような重症意識障害患者からの心臓摘出であった可能性が大である。また、山口氏は、溺水した小樽の病院に一旦収容され、「意識回復」を目的に札幌医大の胸部外科に運ばれた。しかし、意識回復が目的なら、当時も今も胸部外科への患者の搬送はおかしい。まず三次救急医療センターか脳神経外科 (当時とすればこれらに相当する部署) に搬送されるのが妥当である。しかも、意識障害の回復に人工心肺 (補助循環装置) を用いることはまずない。人工心肺は、通常、心臓手術に用いられるものだからである。山口氏は、最初から、ドナーになるべくして札幌医大に搬送されたというのが実態であろう。

いずれにしろ、この移植は、レシピエントの宮崎氏の死亡後、彼の心疾患も決して心臓移植を必要とするほどのものではないことがわかった。しかし、この移植はタブー視され、筆者の知る限り移植学会や移植推進派の間で医療倫理的に議論され反省されたことはなく、依然、ほとんど封印されたままといいよう。反省がない以上、今後も、程度の差こそあれ、移植現場で同質の問題が起こりうる危険性はある。この札幌医大の心臓移植に関しては、中島みち 『見えない死 (副題: 脳死と臓器移植)』 (増補・新訂版) 文藝春秋, 1990 年や、共同通信社社会部・脳死取材

班編著『凍れる心臓』（共同通信社）1998年に詳しい。

- (5) 「脳死」というと「中枢神経系」全体の不可逆的機能停止のようなイメージを与える。ハーバード大学の「不可逆性昏睡の定義」（1968年）ではそうであったが、その後の「脳死判定基準」では、脊髄の機能は判定基準からはずされている（私見では、脊髄の永続的機能消失を待っていると「脳死」までに時間がかかるので、早期臓器収獲のために時間短縮が必要になったから）。また、自律神経の機能の存続は、当初から判定基準とは無関係である。こうした点から「脊髄反射の一環」としてありうる反射的動作を「四肢微動」としたが、（刺激がないので反射では説明しきれない）いわゆる「ラザロ徴候」のように脳死判定中の患者が刺激なしに両手を持ち上げるような動きをみせることもあるという（小松美彦，市野川容孝，田中智彦編 2010：14-20）。
- (6) ここでいう日本移植医療史は、たとえば医療倫理学や医療社会学的要素をふまえた、市民のための自律的な患者学（患者が医療者に合わせるために「賢くなるという患者学」ではない）の一端を構成するものになろう。

放射線科医の近藤誠は、「脳死・移植」に反対する立場ではないがとして、実際に始まった様子を見て、成功率を考えてか、移植しない場合余命が七、八年という「きわめて長い全身状態が良好な患者」が選ばれた点や、ドナーとなったかたがたに対する救命救急措置など、脳死判定までの治療のずさんさに驚き、当面ドナーカードにはサインも所持もしないと述べている。

こうした情報や意見は、臓器移植学会や脳外科学会の公式見解にはないので、当然、新聞やTVなどでは紹介されないであろう。しかし、患者学では、こうした「ネガティブ」な声も、重要な資料として検討の対象となるものである。近藤は、また、患者にとっても医療者にとっても重要な、次のような指摘を行なっている。「日本には患者を守るための『患者の権利法』がまだないのに、臓器を摘出して医師が告発を受けないようにと『臓器移植法』を立法化するのは順序が逆である。一般医療が改革される前に、脳死・移植を認める必要はない。」と。（近藤誠，2000：12-25）

また、近藤と違って、「脳死・臓器移植」それ自体をも容認しない立場の医師もいる（「臓器移植法“改悪”に反対する医師声明運動」事務局 2010）。

#### 〔引用文献〕

- 朝日新聞 2010a 大阪本社版（8月10日朝刊，第1-2面）  
朝日新聞 2010b 大阪本社版（10月8日朝刊，第2面）  
ウォーカー，A. E 1987 『脳死（副題：医学と社会の接点）』（太田富雄訳）メディカル・サイエンス・インターナショナル，  
NHK 林勝彦 & 人体プロジェクト，1997 『これが脳低温療法だ（副題：脳死を防ぐ新療法）』日本放送出版協会  
加藤 稔 2010 「脳死判定に対する良心的拒否（副題：－ニュージャージー州とニューヨーク州の事例）』、『医学哲学 医学倫理』第28号  
唐沢秀治 2002 「脳死判定・臓器提供における問題点とリスクマネジメント」『臨床脳波』第44巻第1号  
官報 2009 「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」 第5115号（7月17日）  
厚生省保健医療局 1997 「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドラインの制定について）（10月8日，厚生省保健医療局長通知）  
（<http://www.medi-net.or.jp/tcnet/DATA/guide.html>，2010年7月20日）  
厚生省保健医療局臓器移植法研究会監修 1999 『逐条解説 臓器移植法』中央法規

- 厚生労働省令 2010 「臓器の移植に関する法律施行規則の一部を改正する省令」(6月25日)
- 小松美彦, 市野川容孝, 田中智彦編 2010 『いのちの選択(副題: 今, 考えたい脳死・臓器移植)』岩波書店
- 近藤 誠 2000 「ドナーカードを持っていると救命救急措置が手抜きにされる」, 近藤誠, 他『私は臓器を提供しない』洋泉社
- 週刊医学界新聞 2010 医学書院 第2885号(6月28日)
- 篠原睦治 2001 『脳死・臓器移植, 何が問題か』現代書館
- 「臓器移植法“改悪”に反対する医師声明運動」事務局 2010  
(<http://roujiuren.weblike.jp/pg78.html>, 10月10日)
- 第19回 日本意識障害学会大会事務局編 2010 第19回 日本意識障害学会プログラム・抄録集
- 竹内一夫 1987 『脳死とは何か』講談社
- 中島みち 1990 『見えない死(副題: 脳死と臓器移植)』(増補・新訂版) 文藝春秋
- 中島みち 2000 『脳死と臓器移植法』文藝春秋,
- 中山研一編著 1992 『資料に見る 脳死・臓器移植問題』日本評論社
- 日本弁護士連合会 2002 “臓器移植法の見直しに関する意見書”  
([http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/2002\\_33.html](http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/2002_33.html), 2010年7月18日)
- 福田八寿絵 2010 「EUにおける臓器提供の同意方式をめぐる国際的調査のあり方と倫理的問題」『生命倫理』第20巻第1号
- 向井承子 2002 「医療の転換点としての脳死臓器移植」『現代思想』(先端医療——資源化する人体) 青土社, 第30巻第2号: 171-183
- 村岡 潔 1993 「選択的治療停止に関する医学生意識」, 『日本保健医療行動科学会年報』第8巻
- 村岡 潔 2004 「医療行為の決定における倫理意識と価値判断(10)「脳死・植物状態に関する患者・医療者・医学生意識について」第74回日本衛生学会総会, ポスター No.313
- 吉村 昭 1971 『消えた鼓動(副題: 心臓移植を追って)』筑摩書房
- 米本昌平 1988 『先端医療革命』中央公論社
- DeJong, R. N. 1979 The Neurologic Examination (fourth edition) Harper & Row, Publishers, Inc.

#### [付記]

本稿は、2010年度佛教大学研究助成(特別研究費)による「医師の裁量と患者の自己決定に関する医学概論的研究」の成果の一部であり、また、別稿「いわゆる「脳死・臓器移植法」関連政策と制度の動向をめぐって」(『保健医療社会学論集』第21巻1号, 2010年, 所収)を加味しつつ、大幅に稿を改めたものである。

(むらおか きよし 社会福祉学科・医学概論・医療思想史)

2010年10月12日受理